N° 82-003-X au catalogue
ISSN 1209-1375

Rapports sur la santé

Mortalité évitable chez les Premières Nations d'âge adulte au Canada : une analyse de cohorte

par Jungwee Park, Michael Tjepkema, Neil Goedhuis et Jennifer Pennock

Date de diffusion : le 19 août 2015

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0[s]	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
[p]	provisoire
[r]	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
[E]	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2015

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

Mortalité évitable chez les Premières Nations d'âge adulte au Canada : une analyse de cohorte

par Jungwee Park, Michael Tjepkema, Neil Goedhuis et Jennifer Pennock

Résumé

Contexte : La mortalité évitable est une mesure des décès qui auraient potentiellement pu être évités par la mise en place de pratiques de prévention et de politiques en matière de santé publique ainsi que par la prestation de soins de santé opportuns et efficaces. La présente analyse longitudinale compare la mortalité évitable parmi les Premières Nations et les non-Autochtones d'âge adulte.

Données et méthodes : Les données proviennent de l'Étude canadienne de suivi de la mortalité et du cancer selon le recensement, 1991 à 2006. Les données recueillies auprès d'un échantillon de répondants au Recensement de 1991 âgés de 25 ans et plus (15 %) ont été couplées à des données sur la mortalité couvrant une période de 16 ans. L'étude examine la mortalité évitable chez 61 200 personnes des Premières Nations et 2 510 285 non-Autochtones d'âge adulte (25 à 74 ans).

Résultats : Au cours de la période 1991 à 2006, les Premières Nations étaient deux fois plus à risque de mourir par suite de causes évitables que leurs homologues non autochtones. Chez les hommes, le taux de mortalité évitable normalisé selon l'âge (TMNA) pour 100 000 années-personnes à risque (APAR) était de 679,2 parmi les Premières Nations, contre 337,6 pour les non-Autochtones (rapport de taux = 2,01). Chez les femmes, ces taux étaient moins élevés – 453,2 chez les Premières Nations, comparativement à 183,5 chez les non-Autochtones – mais l'écart entre les deux groupes était plus important (rapport de taux = 2,47). Les inégalités étaient plus marquées dans les groupes d'âge les plus jeunes. Le diabète, les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues et les blessures non intentionnelles étaient les principales causes de l'excédent des décès évitables chez les Premières Nations. Le niveau de scolarité et le revenu expliquaient une grande part des inégalités.

Interprétation : Les résultats mettent en évidence l'écart de mortalité évitable attribuable à des causes particulières entre les Premières Nations et les non-Autochtones ainsi que les associations observées avec des facteurs socioéconomiques.

Mots-clés : Mortalité évitable, analyse de cohorte, Premières Nations, mortalité prématurée, mortalité de causes pouvant être prévenues, mortalité de causes traitables, mortalité inévitable.

La mortalité évitable s'entend des décès qui auraient potentiellement pu être évités par la mise en place de pratiques de prévention et de politiques en matière de santé publique ainsi que par la prestation de soins de santé opportuns et efficaces[1]. Au Canada, la mortalité évitable représente 70 % des décès qui surviennent avant l'âge de 75 ans.

La mortalité évitable peut indiquer de quelle façon les soins primaires, secondaires et tertiaires, les services de santé publique et les politiques en matière de santé sont répartis dans la population[2,3]. Les écarts de mortalité évitable peuvent servir à évaluer les inégalités en matière de santé d'un groupe de population à l'autre et d'une région géographique à l'autre, ainsi qu'à dégager les tendances au fil du temps[4].

Le fardeau de la mortalité disproportionné chez les Autochtones, particulièrement celle liée aux causes externes, est bien connu[5-10]. Les niveaux de scolarité et les revenus, plus faibles dans cette population que dans la population non autochtone[11], sont des déterminants reconnus des différences en matière de santé[12-17] et sont associés, à leur tour, à des comportements influant sur la santé dont on sait qu'ils contribuent à ces différences. Un certain nombre de comportements à risque sont plus répandus chez les Premières Nations que chez les non-Autochtones, notamment l'abus d'alcool, qui est lié à une mortalité accrue[16,18], l'usage du tabac, qui est lié aux maladies cardiovasculaires et au cancer du poumon[16], ainsi que l'inactivité physique et une mauvaise alimentation, qui sont associés au diabète de type II[19-21]. Malgré que les inégalités en matière de santé aient fait l'objet d'études très nombreuses, aucune analyse détaillée de la mortalité attribuable à des causes évitables n'a à ce jour été effectuée à l'échelle nationale relativement aux Premières Nations.

La présente étude examine la mortalité évitable chez les Premières Nations d'âge adulte à l'aide d'un ensemble de données (du recensement et sur la mortalité) couplées qui incorpore des facteurs socioéconomiques. Elle vise à déterminer : 1) si le taux de mortalité évitable est plus élevé chez les Premières Nations que chez les non-Autochtones; 2) les causes de décès spécifiques pour lesquelles les inégalités sont les plus prononcées; 3) l'incidence du niveau de scolarité et du revenu; et 4) la mesure dans laquelle les écarts de mortalité évitable entre les Premières Nations et les non-Autochtones d'âge adulte ont évolué durant la période 1991 à 2006.

Auteurs : Jungwee Park (jungwee.park@statcan.gc.ca) et Michael Tjepkema (michael.tjepkema@statcan.gc.ca) travaillent à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada à Ottawa (Ontario). Neil Goedhuis et Jennifer Pennock travaillent à la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, Ottawa (Ontario).

Méthodes

Le présent article constitue une analyse secondaire des données tirées de l'Étude canadienne de suivi de la mortalité et du cancer selon le recensement, 1991 à 2006. L'étude de suivi a été approuvée par le Comité des politiques de Statistique Canada à la suite de consultations avec le Comité de la confidentialité et des mesures législatives de Statistique Canada, la Division des services d'accès et de contrôle des données et le Commissaire à la protection de la vie privée du Canada.

Sources des données et population étudiée

Pour faire partie de la cohorte de suivi initiale, les participants au Recensement de 1991 devaient être âgés de 25 ans et plus et avoir été dénombrés au moyen du questionnaire détaillé, qui n'était pas administré aux personnes vivant en établissement. Pour faire l'objet d'un suivi de la mortalité, il fallait que les enregistrements des répondants au recensement aient d'abord été rapprochés avec un fichier de noms chiffré extrait à partir des données des déclarants en 1990 et 1991. Les enregistrements du recensement admissibles (n = 2 860 244) qui comportaient une année de naissance et un code postal (environ 80 %) ont été couplés avec le fichier de noms.

Certains sous-groupes de la population étaient moins susceptibles de faire l'objet d'un appariement et donc d'être compris dans le suivi. Parmi ceux-ci figuraient les femmes (moins susceptibles d'être actives sur le marché du travail), les personnes âgées (plus susceptibles d'être à la retraite et donc moins susceptibles d'être des déclarants), les personnes qui n'étaient pas mariées ou ne vivaient pas en union libre (variables d'appariement moins nombreuses), les résidents ruraux (codes postaux moins précis à des fins d'appariement), les personnes ayant déménagé au cours de l'année précédente (moins grande probabilité d'appariement en fonction des codes postaux), les personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (moins susceptibles d'être employées), les personnes ne faisant pas partie de la population active (moins susceptibles d'être des déclarants), les personnes du quintile inférieur de suffisance du revenu (moins susceptibles d'être des déclarants), de même que les personnes d'ascendance autochtone[22].

La cohorte finale (n = 2 735 152) représentait 15 % de la population canadienne. Ses membres ont ensuite fait l'objet d'un couplage avec la Base canadienne de données sur la mortalité (période du 4 juin 1991 au 31 décembre 2006) à l'aide de méthodes de couplage d'enregistrements probabiliste, en fonction du nom et de la date de naissance. On trouve des détails concernant le couplage de données ailleurs[22]. La présente analyse porte uniquement sur les membres de la cohorte qui avaient moins de 75 ans à la date de référence et qui présentaient donc un risque de mortalité prématurée (Premières Nations : n = 61 220; non-Autochtones : n = 2 510 285).

Premières Nations

Le questionnaire du Recensement de 1991 ne comportait pas de question sur l'ascendance des Premières Nations autodéclarée. En conséquence, aux fins de la présente étude, les membres de la cohorte étaient réputés appartenir à une Première Nation s'ils avaient déclaré l'une des caractéristiques suivantes : 1) l'ascendance unique d'Indien de l'Amérique du Nord; 2) le statut d'Indien inscrit, aux termes de la *Loi sur les Indiens*; 3) l'appartenance à une bande indienne ou à une Première Nation. Environ les trois quarts des membres de la cohorte des Premières Nations satisfaisaient à ces trois critères, tandis que 9 % n'ont pas déclaré le statut d'Indien inscrit[23]. Faisaient partie de la cohorte des non-Autochtones toute personne qui n'avait pas déclaré l'ascendance d'Indien d'Amérique du Nord, de Métis ou d'Inuit, ni le statut d'Indien inscrit ou l'appartenance à une bande indienne ou à une Première Nation.

Mortalité évitable

Pour assurer la cohérence avec des recherches antérieures, la mortalité prématurée se définit ici comme le décès avant l'âge de 75 ans[1,5]. Elle comporte deux catégories, à savoir la mortalité *évitable* et la mortalité *inévitable*. La mortalité *évitable* s'entend d'un décès qui aurait éventuellement pu être évité[1], selon la liste des causes fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé[1], et se subdivise en deux sous-catégories : la mortalité de causes pouvant être *prévenues* et la mortalité de causes *traitables*. La mortalité de causes pouvant être *prévenues* est celle correspondant aux décès ayant résulté de causes dont les facteurs de risque sont bien connus et modifiables, par exemple les blessures non intentionnelles et intentionnelles, les infections transmissibles sexuellement et les cancers comme le mélanome[1]. La mortalité de causes *traitables* est celle correspondant aux décès qu'un dépistage, une détection précoce et des interventions fructueuses auraient peut-être permis d'éviter, par exemple la tuberculose, la pneumonie et le cancer du sein chez la femme.

Variables socioéconomiques

Quatre catégories définissaient le niveau de scolarité, à savoir pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, diplôme d'études postsecondaires et grade universitaire.

La suffisance du revenu a été définie en fonction de quintiles. Pour chaque famille économique ou personne seule, on a calculé le revenu total de toutes les sources avant impôt et après transferts, qui a été mis en commun pour tous les membres de la famille. Puis, on a calculé le ratio du revenu total au seuil de faible revenu (SFR) établi par Statistique Canada en fonction de la taille de la famille et de la taille de la collectivité[24]. Ainsi, le même ratio a été attribué à chaque membre d'une famille donnée, ce qui a été fait pour la population ne vivant pas en établissement (la population étudiée), y compris les personnes vivant dans les réserves indiennes. La population a ensuite été classée en fonction de ce ratio, dans des quintiles établis pour chaque région métropolitaine de recensement, agglomération de recensement ou région rurale/petite ville à l'intérieur d'une province ou d'un territoire donné. Les quintiles ont été construits en tenant

compte des différences régionales dans les coûts d'habitation, lesquels ne sont pas reflétés dans les seuils de faible revenu[23].

Techniques d'analyse

Pour chaque membre de la cohorte, les jours-personnes à risque ont été calculés pour la période allant du début de l'étude (le 4 juin 1991) jusqu'à la date soit du 75e anniversaire, du décès avant l'âge de 75 ans, d'émigration avant l'âge de 75 ans ou marquant la fin de l'étude (le 31 décembre 2006). Pour chaque catégorie de mortalité prématurée (inévitable, évitable, de causes pouvant être prévenues, de causes traitables, et selon les groupes de maladies évitables), on a calculé les taux de mortalité propres à l'âge et au sexe, par groupes d'âges de cinq ans (à la date de référence). En utilisant la structure de la population des Autochtones d'âge adulte de la cohorte (années-personnes à risque jusqu'à l'âge de 75 ans) comme population type (un plan de pondération interne), on a calculé les taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour chaque catégorie, selon le sexe et par sous-groupe de la population. Les rapports de taux (RT) et les différences de taux (DT) ont été calculés, en comparant les TMNA chez les Premières Nations avec ceux des membres non autochtones de la cohorte. En se fondant sur la loi de Poisson, on a calculé les intervalles de confiance de 95 % pour les TMNA, les RT et les DT.

On a ensuite comparé les rapports des risques instantanés de mortalité évitable pour les membres des Premières Nations et non autochtones de la cohorte, en utilisant la régression à risques proportionnels de Cox. Les modèles étaient propres au sexe. Le modèle a d'abord été corrigé de l'âge à la date de référence, puis de l'âge et du niveau de scolarité (pas de diplôme d'études secondaires contre diplôme d'études secondaires ou plus), et enfin de l'âge et de la suffisance du revenu (quintiles 1, 2 et 3 contre quintiles 4 et 5). Le modèle final a simultanément été corrigé de l'âge, du niveau de scolarité et de la suffisance du revenu.

Les différences de rapports des risques instantanés entre les modèles corrigés de l'âge et les modèles finals sont interprétées comme des estimations de l'effet du niveau de scolarité et de la suffisance du revenu sur l'écart entre les Premières Nations et les non-Autochtones. La proportion de la surmortalité qui était attribuable aux différences de niveau de scolarité et de revenu a été calculée comme suit : la différence entre le rapport des risques instantanés corrigé de l'âge et le rapport des risques instantanés final, divisé par le rapport des risques instantanés corrigé de l'âge moins 1.

Des modèles distincts servant à comparer la mortalité évitable chez les Premières Nations et les non-Autochtones ont été créés pour trois périodes : 1991 à 1996, 1997 à 2001 et 2002 à 2006. On a calculé les rapports des risques instantanés pour chaque groupe d'âge. Les modèles ont été corrigés en fonction de l'âge, du niveau de scolarité et du quintile de suffisance du revenu. L'hypothèse de proportionnalité des risques a été vérifiée par un examen visuel des courbes de survie sur une échelle logarithmique.

Résultats

Caractéristiques à la période de référence

La présente étude examine les résultats de la mortalité de 1991 à 2006 chez 61 220 personnes des Premières Nations (26 800 hommes et 34 420 femmes) et 2 521 285 non-Autochtones (1 261 510 hommes et 1 248 775 femmes) d'âge adulte. Comparativement aux non-Autochtones, les Premières Nations étaient plus jeunes, avaient un niveau de scolarité et un revenu plus faibles et étaient plus susceptibles de vivre dans l'Ouest et le Nord du Canada (tableau 1).

Tableau 1
Répartition en pourcentage de certaines caractéristiques, selon le sexe, membres des Premières Nations et non autochtones de la cohorte âgés de 25 à 74 ans à la date de référence, Canada, 1991

	Premières Nations		Non-Autochtones	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Nombre total	26 800	34 420	1 261 510	1 248 775
Pourcentage (%)	100	100	100	100
Groupe d'âge				
25 à 34 ans	42	45	28	31
35 à 44 ans	25	28	27	28
45 à 54 ans	16	15	19	18
55 à 64 ans	9	8	15	13
65 à 74 ans	5	4	11	11
Région				
Provinces de l'Atlantique	5	5	8	8
Québec	12	13	26	26
Ontario	18	17	37	37
Manitoba	18	16	4	4
Saskatchewan	12	13	4	3
Alberta	9	12	9	9
Colombie-Britannique	20	19	12	12
Territoires	6	5	1	1
Niveau de scolarité				
Pas de diplôme d'études secondaires	58	55	33	32
Diplôme d'études secondaires	33	30	38	36
Diplôme d'études postsecondaires	7	13	13	19
Grade universitaire	2	3	16	13
Quintile de suffisance du revenu				
1 (le plus faible)	42	45	13	17
2	25	24	18	19
3	16	15	22	21
4	11	10	23	21
5 (le plus élevé)	7	6	24	21

Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité et du cancer selon le recensement, 1991 à 2006.

Décès évitables, dus aux causes pouvant être prévenues et dus aux causes traitables

Plus de 40 % des décès survenus entre 1991 et 2006 étaient prématurés, c'est-à-dire qu'ils se sont produits avant l'âge de 75 ans (données non présentées). Comparativement aux non-Autochtones, les Premières Nations de la cohorte étaient significativement plus susceptibles de mourir prématurément. Chez les hommes, le TMNA pour 100 000 années-personnes à risque s'établissait à 895,5 chez les Premières Nations, contre 471,1 chez les non-Autochtones (RT = 1,90) (tableau 2). Les TMNA étaient moins élevés chez les femmes, soit de 631,3 chez les Premières Nations, comparativement à 273,3 chez les non-Autochtones, mais le rapport de taux était supérieur (RT = 2,31).

Les décès *évitables* représentaient 76 % (hommes) et 73 % (femmes) de tous les décès prématurés chez les Premières Nations de la cohorte; les pourcentages correspondants chez les non-Autochtones de la cohorte étaient 71 % et 67 %. Comparativement aux non-Autochtones, les hommes et les femmes des Premières Nations étaient deux et 2,5 fois plus susceptibles, respectivement, de mourir de causes évitables.

Ces différences sont plus importantes que celles observées pour les décès *inévitables*. Les Premières Nations de sexe masculin de la cohorte étaient 1,6 fois plus susceptibles que leurs homologues non autochtones de mourir d'une cause inévitable. Chez les femmes, le risque de décès inévitable était deux fois plus élevé chez les Premières Nations de la cohorte que chez les non-Autochtones.

Le nombre de décès évitables qui auraient pu être *prévenus* dépassait celui des décès évitables dus aux causes *traitables* chez les personnes des deux sexes de la cohorte, tant celles des Premières Nations qu'autochtones (tableau 2).

Mortalité évitable selon la cause de décès

Le risque relatif de décès chez les Premières Nations de la cohorte était particulièrement élevé pour certaines causes évitables. Dans le cas des hommes, les Premières Nations étaient significativement plus susceptibles que les non-Autochtones de mourir par suite de troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues (RT = 5,43), de blessures non intentionnelles (RT = 4,71) et des suites du diabète sucré (RT = 4,31) (tableau 3). Toutefois, le risque relatif de mourir à cause d'une tumeur maligne variait peu.

Dans le cas des femmes, le risque relatif de décès était significativement élevé chez les Premières Nations comparativement aux non-Autochtones pour les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues (RT = 10,11), le diabète sucré (RT = 7,97), les infections (RT = 6,59) et les blessures non intentionnelles (RT = 4,91). Comme pour les hommes, les différences étaient beaucoup plus faibles en ce qui concerne les tumeurs malignes.

Lorsque le niveau de scolarité et la suffisance du revenu étaient pris en compte, le rapport des risques instantanés de mourir d'une cause évitable parmi les Premières Nations de la cohorte diminuait de 47 % chez les hommes — passant de 2,09 à 1,58, — et de 32 % chez les femmes — passant de 2,58 à 2,08 (tableau 4).

Inégalités s'accentuant légèrement avec le temps

Afin de repérer les changements de risque de mortalité évitable au fil du temps, on a examiné les périodes 1991 à 1996, 1997 à 2001 et 2002 à 2006 séparément. Les rapports des risques instantanés corrigés de l'âge, du niveau de scolarité et de la suffisance du revenu font ressortir un risque légèrement accentué avec le temps chez les Premières Nations de la cohorte

Tableau 2
Taux de mortalité prématurée normalisés selon l'âge (TMNA) pour 100 000 années-personnes à risque, indiquant les rapports de taux (RT) et les différences de taux (DT), selon le sexe et le type de décès prématuré, membres des Premières Nations et non autochtones de la cohorte âgés de 25 à 74 ans à la date de référence, Canada, 1991 à 2006

	Premières Nations					Non-Autochtones					Premières Nations comparées aux non-Autochtones					
	Décès prématurés			Intervalle de confiance de 95 %		Décès prématurés			Intervalle de confiance de 95 %		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
Sexe et type de décès prématuré (avant l'âge de 75 ans)	Nombre	%	TMNA	de	à	Nombre	%	TMNA	de	à	RT	de	à	DT	de	à
Hommes																
Nombre total de décès prématurés	3 300	100,0	895,5	864,4	927,6	114 985	100,0	471,1	468,2	474,1	1,90	1,83	1,97	424,3	392,6	456,0
Inévitables	690	20,9	186,5	172,6	201,5	29 455	25,6	118,0	116,6	119,5	1,58	1,46	1,71	68,5	54,0	82,9
Évitables	2 500	75,8	679,2	652,2	707,3	81 795	71,1	337,6	335,2	340,1	2,01	1,93	2,10	341,6	313,9	369,2
Causes pouvant être prévenues	1 750	53,0	474,6	452,3	498,1	55 660	48,4	235,1	233,0	237,2	2,02	1,92	2,12	239,6	216,6	262,6
Causes traitables	750	22,8	204,6	189,9	220,4	26 135	22,7	102,6	101,3	103,9	1,99	1,85	2,15	102,0	86,7	117,3
Femmes																
Nombre total de décès prématurés	2 930	100,0	631,3	608,1	655,4	63 170	100,0	273,3	271,1	275,5	2,31	2,22	2,40	358,0	334,3	381,8
Inévitables	685	23,4	150,5	139,2	162,8	17 735	28,1	76,1	74,9	77,3	1,98	1,83	2,14	74,4	62,6	86,3
Évitables	2 130	72,6	453,2	433,9	473,4	42 195	66,8	183,5	181,7	185,4	2,47	2,36	2,58	269,7	249,9	289,5
Causes pouvant être prévenues	1 245	42,5	263,0	248,4	278,3	23 035	36,5	100,3	98,9	101,6	2,62	2,47	2,78	162,7	147,7	177,7
Causes traitables	880	30,1	190,3	177,7	203,7	19 155	30,3	83,2	82,0	84,5	2,29	2,13	2,45	107,0	94,0	120,0

Notes : La population de référence (années-personnes à risque) aux fins de la normalisation selon l'âge a été tirée de la répartition selon l'âge des Autochtones (groupes d'âge de 5 ans). Le nombre total de décès prématurés dépasse la somme des décès inévitables et évitables en raison des décès prématurés pour lesquels les renseignements sur la cause de décès manquaient (0,4 %).
Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité et du cancer selon le recensement, 1991 à 2006.

Tableau 3
Taux de mortalité évitable normalisés selon l'âge (TMNA) pour 100 000 années-personnes à risque, indiquant les rapports de taux (RT) et les différences de taux (DT), selon le sexe et la cause de décès, membres des Premières Nations et non autochtones de la cohorte âgés de 25 à 74 ans à la date de référence, Canada, 1991 à 2006

	Premières Nations					Non-Autochones					Premières Nations comparées aux non-Autochtones					
	Décès évitables			Intervalle de confiance de 95 %		Décès évitables			Intervalle de confiance de 95 %		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
Sexe et cause de décès	Nombre	%	TMNA	de	à	Nombre	%	TMNA	de	à	RT	de	à	DT	de	à
Hommes																
Maladies de l'appareil circulatoire	720	28,8	195,5	181,2	210,9	30 850	37,7	119,8	118,4	121,2	1,63	1,51	1,76	75,7	60,7	90,6
Blessures non intentionnelles	455	18,2	123,2	112,3	135,1	4 655	5,7	26,2	25,4	27,0	4,71	4,27	5,19	97,0	85,5	108,4
Cancer du poumon	200	8,0	54,3	46,9	62,8	14 420	17,6	53,9	53,0	54,9	1,01	0,87	1,17	0,3	-7,7	8,3
Diabète sucré	190	7,6	50,6	43,7	58,4	3 020	3,7	11,7	11,3	12,2	4,31	3,71	5,01	38,8	31,5	46,2
Troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues	185	7,4	50,1	43,2	58,1	2 115	2,6	9,2	8,8	9,7	5,43	4,65	6,34	40,9	33,5	48,3
Infections	135	5,4	36,9	30,9	44,0	3 065	3,7	14,9	14,4	15,5	2,47	2,06	2,96	21,9	15,4	28,4
Suicide et blessures auto-infligées	135	5,4	36,2	30,5	43,0	3 755	4,6	22,4	21,6	23,1	1,62	1,36	1,93	13,8	7,5	20,1
Autres tumeurs	115	4,6	31,9	26,2	38,9	7 440	9,1	30,1	29,4	30,8	1,06	0,87	1,30	1,9	-4,5	8,2
Maladies de l'appareil respiratoire	85	3,4	23,6	19,0	29,4	4 410	5,4	16,2	15,7	16,7	1,46	1,17	1,82	7,4	2,2	12,6
Cancer du côlon et du rectum	65	2,6	18,1	14,0	23,4	4 590	5,6	17,8	17,3	18,4	1,02	0,79	1,31	0,3	-4,4	4,9
Autres causes[1]	215	8,6	58,8	51,3	67,5	3 485	4,3	15,3	14,8	15,9	3,84	3,33	4,42	43,5	35,4	51,6
Femmes																
Maladies de l'appareil circulatoire	475	22,3	105,5	96,1	115,8	11 195	26,5	45,2	44,4	46,1	2,33	2,12	2,57	60,3	50,4	70,2
Diabète sucré	225	10,6	48,7	42,6	55,6	1 515	3,6	6,1	5,8	6,4	7,97	6,90	9,20	42,6	36,1	49,1
Blessures non intentionnelles	220	10,3	44,3	38,8	50,6	1 710	4,1	9,0	8,6	9,5	4,91	4,26	5,66	35,3	29,4	41,2
Cancer du poumon	175	8,2	36,4	31,3	42,3	7 865	18,6	33,2	32,4	33,9	1,10	0,94	1,28	3,2	-2,3	8,7
Infections	155	7,3	33,8	28,8	39,8	1 175	2,8	5,1	4,8	5,5	6,59	5,55	7,83	28,7	23,2	34,2
Autres tumeurs	145	6,8	30,3	25,7	35,6	3 820	9,1	17,2	16,6	17,8	1,76	1,49	2,08	13,1	8,1	18,0
Troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues	145	6,8	30,2	25,6	35,6	625	1,5	3,0	2,8	3,2	10,11	8,40	12,15	27,2	22,2	32,2
Tumeur maligne du sein	130	6,1	27,9	23,5	33,3	6 380	15,1	29,4	28,6	30,1	0,95	0,80	1,14	-1,4	-6,3	3,5
Maladies de l'appareil respiratoire	110	5,2	24,7	20,3	29,9	2 380	5,6	9,3	8,9	9,7	2,66	2,18	3,24	15,4	10,6	20,2
Cancer du côlon et du rectum	80	3,8	16,8	13,3	21,2	2 620	6,2	11,1	10,7	11,5	1,51	1,20	1,91	5,7	1,8	9,6
Suicide et blessures auto-infligées	60	2,8	12,0	9,3	15,5	1 045	2,5	6,1	5,8	6,5	1,96	1,51	2,54	5,9	2,8	8,9
Autres causes[1]	200	9,4	42,6	36,9	49,2	1 880	4,5	8,8	8,4	9,2	4,84	4,16	5,62	33,8	27,7	39,9

[1] maladies du système digestif, causes infantiles et maternelles, maladies de l'appareil génito-urinaire, affections du système nerveux, maladies du système ostéo-articulaire, effets indésirables de soins médicaux et chirurgicaux, blessures d'intention non déterminée, agression, anémie due à une déficience nutritionnelle, affections de la thyroïde, maladies de la glande surrénale, anomalies congénitales métaboliques

Nota : La population de référence (années-personnes à risque) aux fins de la normalisation selon l'âge a été tirée de la répartition selon l'âge des Autochtones (groupes d'âge de 5 ans).
Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité et du cancer selon le recensement, 1991 à 2006.

Tableau 4
Rapports des risques instantanés de mortalité évitable, selon le sexe, corrigés de l'âge, du niveau de scolarité et du quintile de suffisance du revenu, membres des Premières Nations de la cohorte comparés aux membres non autochtones âgés de 25 à 74 ans à la date de référence, Canada, 1991 à 2006

	Hommes			Femmes		
	Rapport des risques instantanés	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport des risques instantanés	Intervalle de confiance de 95 %	
Corrections		de	à		de	à
Âge	2,09	2,01	2,17	2,58	2,47	2,70
Âge et niveau de scolarité	1,91	1,83	1,99	2,44	2,34	2,55
Âge et quintile de suffisance du revenu	1,65	1,59	1,72	2,14	2,05	2,24
Âge, niveau de scolarité et quintile de suffisance du revenu	1,58	1,52	1,64	2,08	1,99	2,18

Nota : Les modèles ont été corrigés de l'âge à la date de référence exprimé en années (variable continue), du niveau de scolarité (diplôme d'études secondaires ou niveau plus élevé contre pas de diplôme d'études secondaires) et du quintile de suffisance du revenu (1, 2 et 3 contre 4 et 5 combinés).
Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité et du cancer selon le recensement, 1991 à 2006.

par rapport aux non-Autochtones. Au cours de la période 1991 à 1996, les rapports des risques instantanés de mortalité évitable s'établissaient à 1,50 et à 2,08 chez les hommes et les femmes des Premières Nations, respectivement (tableau 5). Au cours de la période 2002 à 2006, ils s'étaient légèrement accrus, atteignant 1,71 et 2,18, respectivement.

Le groupe d'âge le plus jeune le plus à risque

Lorsque les modèles étaient corrigés du niveau de scolarité et de la suffisance du revenu, les rapports des risques instantanés de mourir d'une cause évitable

étaient plus élevés chez les Premières Nations appartenant aux groupes d'âge les plus jeunes que chez les non-Autochtones (tableau 6). Par exemple, à la date de référence, les rapports des risques instantanés chez les hommes et les femmes des Premières Nations de 25 à 34 ans s'établissaient à 2,20 et 2,61, respectivement. Chez les 65 à 74 ans, ils n'étaient pas statistiquement significatifs dans le cas des hommes et étaient considérablement moins élevés dans celui des femmes (1,70).

Discussion

En harmonie avec d'autres études[6,7], la présente analyse a trouvé que les Premières Nations de la cohorte couraient un plus grand risque de mourir prématurément et par suite de causes évitables que leurs homologues non autochtones. Cette différence est particulièrement prononcée chez les femmes et les personnes appartenant aux groupes d'âge les plus jeunes. On observe également des différences en ce qui concerne la mortalité inévitable, mais l'écart est plus faible.

Le diabète, les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues et les blessures sont les causes qui rendent le plus compte de la surmortalité évitable chez les Premières Nations de la cohorte. Des études antérieures ont révélé que la prévalence des facteurs de risque pour ces problèmes de santé — usage du tabac[16], abus d'alcool et de drogues[16,18], obésité[19] et mauvaise alimentation[20,21] — est plus élevée chez les Premières Nations que chez les non-Autochtones. Il pourrait être intéressant à l'avenir d'examiner en particulier le rôle des stratégies de prévention et des interventions en santé liées à certaines causes de mortalité évitable se dégageant de la présente analyse.

Comparativement aux non-Autochtones, les Premières Nations ont un niveau de scolarité moins élevé et un revenu inférieur[11], facteurs qui sont fondamentalement liés à la maladie et aux blessures[12-17]. Dans les modèles qui tenaient simultanément compte du niveau de scolarité et de la suffisance du revenu, les rapports des risques instantanés de mortalité évitable parmi les Premières Nations de la cohorte étaient 47 % inférieurs chez les hommes et 32 % inférieurs chez les femmes, ce qui donne à penser que les variables socioéconomiques sont importantes pour expliquer les inégalités observées.

Les inégalités relatives de mortalité évitable entre les Premières Nations et les non-Autochtones étaient plus importantes chez les femmes que chez les hommes. En outre, les rapports des risques instantanés de mortalité évitable pour les Premières Nations se sont accrus au cours de la période de suivi, ce qui est en harmonie avec la tendance observée en Australie, où les inégalités allaient s'accentuant également[2].

Tableau 5
Rapports des risques instantanés de mortalité évitable, selon le sexe, corrigés de l'âge, du niveau de scolarité et du quintile de suffisance du revenu, membres des Premières Nations de la cohorte comparés aux membres non autochtones âgés de 25 à 74 ans à la date de référence, Canada, 1991 à 1996, 1997 à 2001 et 2002 à 2006

	Hommes			Femmes		
		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %	
Période	Rapport des risques instantanés	de	à	Rapport des risques instantanés	de	à
1991 à 1996	1,50	1,38	1,62	2,08	1,90	2,27
1997 à 2001	1,65	1,53	1,77	2,01	1,85	2,18
2002 à 2006	1,71	1,60	1,83	2,18	2,03	2,34

Nota : Les modèles ont été corrigés de l'âge exprimé en années (variable continue), du niveau de scolarité (diplôme d'études secondaires ou niveau plus élevé contre pas de diplôme d'études secondaires) et du quintile de suffisance du revenu (1, 2 et 3 contre 4 et 5 combinés).
Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité et du cancer selon le recensement, 1991 à 2006.

Tableau 6
Rapports des risques instantanés de mortalité évitable, corrigés du niveau de scolarité et du quintile de suffisance du revenu, selon le groupe d'âge et le sexe, membres des Premières Nations de la cohorte comparés aux membres non autochtones âgés de 25 à 74 ans à la date de référence, Canada, 1991 à 2006

	Hommes			Femmes		
		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %	
Groupe d'âge à la date de référence	Rapport des risques instantanés	de	à	Rapport des risques instantanés	de	à
25 à 34 ans	2,20	1,99	2,42	2,61	2,34	2,91
35 à 44 ans	1,92	1,77	2,10	2,13	1,94	2,35
45 à 54 ans	1,54	1,43	1,67	1,89	1,73	2,06
55 à 64 ans	1,24	1,14	1,34	1,97	1,81	2,15
65 à 74 ans	1,07	0,93	1,24	1,70	1,45	2,00

Nota : Les modèles ont été corrigés du niveau de scolarité (diplôme d'études secondaires ou niveau plus élevé contre pas de diplôme d'études secondaires) et du quintile de suffisance du revenu (1, 2 et 3 contre 4 et 5 combinés).
Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité et du cancer selon le recensement, 1991 à 2006.

Limites

Les données utilisées pour l'analyse excluaient les personnes qui n'avaient pas été dénombrées au moyen du questionnaire complet du Recensement de 1991 (3,4 % de la population totale). Les personnes exclues représentaient de manière disproportionnée les jeunes, les personnes mobiles, les personnes à faible revenu, celles d'ascendance autochtone[25], les sans-abri et les habitants des réserves indiennes[26]. Au total, 78 réserves indiennes et établissements indiens n'ont été que partiellement dénombrés dans le cadre du Recensement de 1991. En outre, étant donné que seuls les déclarants pouvaient faire l'objet d'un suivi de la mortalité, les taux de couplage au fichier de noms extrait à partir des données des déclarants étaient plus faibles dans le cas

des répondants des Premières Nations (54 %) au Recensement que dans celui des non-Autochtones (77 %). Néanmoins, le profil socioéconomique des Premières Nations de la cohorte était comparable à celui des Premières Nations ayant rempli le questionnaire complet du recensement, ce qui porte à croire qu'il existait peu de biais dans le premier couplage[23].

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Au Canada, la mortalité évitable – c.-à-d. les décès qui auraient potentiellement pu être évités par la mise en place de pratiques de prévention et (ou) la prestation de soins de santé efficaces – rend compte de 70 % de tous les décès qui surviennent avant l'âge de 75 ans.
- Des analyses détaillées de la mortalité attribuable aux causes évitables n'ont pas encore été réalisées à l'échelle nationale pour les Premières Nations.

Ce qu'apporte l'étude

- La présente étude examine la mortalité évitable chez les Premières Nations d'âge adulte à l'aide d'un ensemble de données (du recensement et sur la mortalité) couplées qui inclut des caractéristiques socioéconomiques.
- Durant la période allant de 1991 à 2006, les Premières Nations étaient plus de deux fois plus à risque de mourir de causes évitables que les non-Autochtones.
- Le diabète, les troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues et les blessures non intentionnelles étaient les principales causes à l'origine de l'excédent des décès évitables observé chez les Premières Nations.
- Le niveau de scolarité et le revenu expliquent une part substantielle des inégalités de mortalité évitable.

Le questionnaire du Recensement de 1991 n'ayant pas prévu de question sur l'identité autochtone autodéclarée, aux fins de la présente étude on a défini les Premières Nations en fonction de l'ascendance, du statut d'Indien inscrit, aux termes de la *Loi sur les Indiens*, ou de l'appartenance à une bande indienne ou à une Première Nation. Étaient exclues de cette définition les personnes ayant déclaré à la fois une ascendance autochtone et non autochtone (et n'ayant pas déclaré le statut d'Indien inscrit ou l'appartenance à une bande indienne ou Première Nation), leurs caractéristiques d'après les données du recensement s'approchant davantage de celles des non-Autochtones que des Premières Nations, telles qu'elles sont définies ici[23]. En revanche, la définition utilisée aux fins de la présente étude comprend peut-être des personnes non autochtones qui sont devenues membres d'une bande indienne ou d'une Première Nation par alliance.

La province de résidence, le niveau de scolarité et la suffisance du revenu ont été mesurés à la date de référence seulement (le 4 juin 1991) et ne reflètent pas nécessairement la situation des membres de la cohorte plus tard dans la période de suivi.

La petite taille de la cohorte des Premières Nations n'a pas permis d'effectuer une analyse selon les causes de décès détaillées.

Certains suicides peuvent avoir été classés à tort comme résultant d'une autre cause de décès, par exemple, noyade, intoxication ou autre blessure. Il se pourrait également que la façon de déclarer un suicide varie selon le secteur de compétence (c.-à-d. réserve, ville, grande ville)[5].

Parce que les personnes de moins de 25 ans sont exclues des données, le rôle des blessures intentionnelles et non intentionnelles est sous-estimé dans les calculs de la mortalité évitable.

Aucune définition de mortalité évitable n'est reconnue à l'échelle internationale. En outre, à cause de différences entre pays dans les pratiques de codage et en ce qui a trait à la disponibilité dans le temps des données[1], il faut entreprendre les comparaisons à l'échelle internationale avec prudence.

Mot de la fin

Chez les Premières Nations de la cohorte, les décès prématurés étaient plus susceptibles d'être attribuables à des causes évitables que chez les non-Autochtones de la cohorte. Cette inégalité est particulièrement prononcée chez les femmes et les personnes des groupes d'âge le plus jeune des Premières Nations, ainsi que pour les causes comme les blessures non intentionnelles, les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues et le diabète sucré. Le faible revenu et le faible niveau de scolarité expliquent une part importante des différences de mortalité évitable. ■

Financement

L'étude de 1991, soit l'étude de suivi originale, a été financée par Statistique Canada et l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé. Le suivi élargi de la mortalité, du cancer et du lieu de résidence ont été financés par Statistique Canada et Santé Canada dans le cadre du Programme de réglementation de la qualité de l'air. La présente analyse a été financée par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2012 : Point de mire : mortalité évitable au Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2012.
2. S.Q. Li, Wang et Y. Zhao, « Avoidable mortality trends in Aboriginal and non-Aboriginal populations in the Northern Territory, 1985-2004 », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 33(6), 2009, p. 544-550.
3. A. Page, M. Tobias, J. Glover *et al.*, *Australian and New Zealand Atlas of Avoidable Mortality*, Adelaide, Australia, University of Adelaide and Ministry of Health, New Zealand, 2006.
4. P.D. James, D.G. Manuel et Y. Mao, « Avoidable mortality across Canada from 1975 to 1999 », *BMC Public Health*, 6, 2006, p. 137.
5. M. Tjepkema, R. Wilkins, N. Goedhuis et J. Pennock, « Années potentielles de vie perdues de 25 à 74 ans chez les Indiens inscrits, 1991 à 2001 », *Rapports sur la santé*, 22(1), 2011, p. 27-39.
6. M. Gracey et M. King, « Indigenous health part I: determinants and disease patterns », *Lancet*, 374(9683), 2009, p. 65-75.
7. L'initiative sur la santé de la population canadienne, *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
8. British Columbia Provincial Health Officer, *Pathways to Health and Healing – 2nd Report on the Health and Well-being of Aboriginal People in British Columbia*. Provincial Health Officer's Annual Report 2007, Victoria, British Columbia, Ministry of Healthy Living and Sport, 2009.
9. P. Martens, D. Sanderson et L.S. Jebamani, « Mortality comparisons of First Nations to all other Manitobans: A provincial population-based look at health inequalities by region and gender », *Canadian Journal of Public Health*, 96(Suppl 1), 2005, p. S33-38.
10. Santé Canada, *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : Statistiques démographiques afférentes au Canada atlantique et à l'Ouest canadien, 2001-2002*, Ottawa, Santé Canada, 2011.
11. Statistique Canada, *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006* (nº 97-558-X au catalogue) Ottawa, Statistique Canada, 2008.
12. L'administrateur en chef de la santé publique, *Rapport de L'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé*, Ottawa, Ministre de la santé, 2008.
13. B.G. Link et J. Phelan, « Social conditions as fundamental causes of disease », *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 1995, p. 80-94.
14. C. Green, J.F. Blanchard, T.K. Young et J. Griffith, « The epidemiology of diabetes in the Manitoba-registered First Nation population: Current patterns and comparative trends », *Diabetes Care*, 26(7), 2003, p. 1993-1998.
15. E. Ward, A. Jemal, V. Cokkinides *et al.*, « Cancer disparities by race/ethnicity and socioeconomic status », *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 54(2), 2004, p. 78-93.
16. C.L. Reading et F. Wien, *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*, Prince George, British Columbia, National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2009.
17. J. Mikkonen et D. Raphael, *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*, Toronto, York University School of Health Policy and Management, 2010.
18. J. Reading, *The Crisis of Chronic Disease among Aboriginal Peoples: A Challenge for Public Health, Population Health and Social Policy*, Victoria, British Columbia, Centre for Aboriginal Health Research, University of Victoria, 2009.
19. P. Katzmarzyk, « Obesity and physical activity among Aboriginal Canadians », *Obesity*, 16(1), 2008, p. 184-190.
20. R. Dyck, N. Osgood, T.H. Lin *et al.*, Epidemiology of diabetes mellitus among First Nations and non-First Nations adults, *Canadian Medical Association Journal*, 182(3), 2010, p. 249-256.
21. D. Garriguet, « L'obésité et les habitudes alimentaires de la population autochtone », *Rapports sur la santé*, 19(1), 2008, p. 21-37.
22. R. Wilkins, M. Tjepkema, C. Mustard et R. Choinière, « Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001 inclusivement », *Rapports sur la santé*, 19(3), 2008, p. 27-48.
23. M. Tjepkema, R. Wilkins, N. Goedhuis et J. Pennock, « Mortalité par maladie cardiovasculaire chez les Premières nations au Canada, 1991-2001 », *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 32(4), 2012, p. 200-207.
24. Statistique Canada, *Dictionnaire du Recensement de 1991* (nº 92-301-X au catalogue) Ottawa, Ministre des Approvisionnements et des Services Canada, 1992.
25. Statistique Canada, *Couverture (produits de référence : rapports techniques, Recensement de la population de 1991)* (nº 92-341-X au catalogue), Ottawa, Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994.
26. Statistique Canada, *Enquête auprès des peuples autochtones de 1991 : fichier de microdonnées des adultes - Guide de l'utilisateur*, Ottawa, Statistique Canada, 1995.